

Información del niño

1. Nombre del niño: Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____
2. Fecha de nacimiento del niño (mm/dd/aaaa): ___/___/____ 3. Sexo: F M
4. Dirección donde vive: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____
5. Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____
6. Condado: _____ 7. Distrito escolar (si lo sabe): _____
8. Teléfono durante el día: (____) _____ - _____ Teléfono durante la tarde/noche: (____) _____ - _____
9. Es un niño de origen étnico español/hispano/latino (opcional): Sí No *Ésta es una pregunta acerca del origen étnico, no de la raza. Por favor responda la pregunta #10 marcando una o más casillas para indicar cuál considera que es la raza del niño.*
10. Raza (opcional): Blanca India americana, nativa de Alaska Negra o Afroamericana
 Asiática Nativa de Hawaii/isleña del Pacífico Otra: _____
11. Idiomas que se hablan en la casa: Principal: _____ Secundario: _____
12. El niño tiene un Plan de Educación Individual (Individual Education Plan – IEP): Si marcó, distrito escolar: _____
13. La familia recibe subsidios de cuidado de niños de DSHS para este niño: Sí No
14. El niño es un niño que no tiene hogar según la Ley McKinney-Vento: Sí No *La Ley McKinney-Vento de Asistencia a las Personas sin Hogar (McKinney-Vento Homeless Assistance Act) define a los “niños y jóvenes sin hogar” como “personas a las que les falta una residencia fija, regular y adecuada durante la noche...” e “incluye a los niños que están compartiendo la vivienda de otras personas debido a la pérdida de vivienda, privación económica, o una razón similar; que están viviendo en moteles, hoteles, parques para remolques (trailer park) o en áreas para acampar; que están viviendo en albergues de emergencia o transitorios; que están abandonados en hospitales; o que están esperando la colocación en un hogar sustituto...”.*
15. El niño vive con:
 Un padre/una madre/cuidador solo con responsabilidad legal por el niño (en los casos de custodia conjunta, utilice al padre que recibe manutención de niños)
 Dos padres/cuidadores con responsabilidades legales por el niño
Padre/madre/cuidador(es) incluye a: los padres biológicos o adoptivos, los padrastros legales, los guardianes legales, los padres sustitutos, los parientes consanguíneos que son guardianes con responsabilidad legal por el niño.

Información sobre el padre/la madre/el guardián legal

16. Nombre (Apellido, Nombre, Inicial):	_____	_____
17. Sexo:	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
18. Relación con el niño:	<input type="checkbox"/> Padre (madre) (biológico/adoptivo) <input type="checkbox"/> Padre (madre) (padraastro [madrastra] legal) <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Padre (madre) sustituto (si la respuesta es sí, pase a la pregunta #26) <input type="checkbox"/> Otro pariente que cuida al niño: _____ <input type="checkbox"/> Otro guardián legal	<input type="checkbox"/> Padre (madre) (biológico/adoptivo) <input type="checkbox"/> Padre (madre) (padraastro [madrastra] legal) <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Padre (madre) sustituto (si la respuesta es sí, pase a la pregunta #26) <input type="checkbox"/> Otro pariente que cuida al niño: _____ <input type="checkbox"/> Otro guardian legal
19. Edad:	<input type="checkbox"/> Menor de 18 años <input type="checkbox"/> 36-45 años <input type="checkbox"/> 18-24 años <input type="checkbox"/> 46-55 años <input type="checkbox"/> 25-35 años <input type="checkbox"/> Mayor de 55 años	<input type="checkbox"/> Menor de 18 años <input type="checkbox"/> 36-45 años <input type="checkbox"/> 18-24 años <input type="checkbox"/> 46-55 años <input type="checkbox"/> 25-35 años <input type="checkbox"/> Mayor de 55 años
20. Nivel de educación:	<input type="checkbox"/> 6° grado o menos <input type="checkbox"/> Algo de educación universitaria <input type="checkbox"/> 7° a 9° grado <input type="checkbox"/> Título de 2 años <input type="checkbox"/> 10° a 12° grado <input type="checkbox"/> Título de 4 años <input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> 6° grado o menos <input type="checkbox"/> Algo de educación universitaria <input type="checkbox"/> 7° a 9° grado <input type="checkbox"/> Título de 2 años <input type="checkbox"/> 10° a 12° grado <input type="checkbox"/> Título de 4 años <input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> GED
21. Marque cualquier tipo de educación o adiestramiento en el que toma parte actualmente (marque todo lo que se aplique):	<input type="checkbox"/> ESL <input type="checkbox"/> Conclusión de la escuela secundaria <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Even Start <input type="checkbox"/> Programa vocacional/ técnico <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> ESL <input type="checkbox"/> Conclusión de la escuela secundaria <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Even Start <input type="checkbox"/> Programa vocacional/ técnico <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Ninguno
22. Situación de empleo:	<input type="checkbox"/> A tiempo completo <input type="checkbox"/> Está buscando trabajo <input type="checkbox"/> A tiempo parcial <input type="checkbox"/> No está buscando trabajo	<input type="checkbox"/> A tiempo completo <input type="checkbox"/> Está buscando trabajo <input type="checkbox"/> A tiempo parcial <input type="checkbox"/> No está buscando trabajo
23. Trabajador agrícola migratorio/de temporada:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
24. El padre/la madre/cuidador está inscrito(a) en un plan médico/dental (marque todo lo que se aplique):	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Washington Basic Health Plan <input type="checkbox"/> Washington Basic Health Plan Plus <input type="checkbox"/> Seguro médico privado/del empleador <input type="checkbox"/> Seguro dental privado/del empleador <input type="checkbox"/> Ningún seguro médico <input type="checkbox"/> Ningún seguro dental <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Washington Basic Health Plan <input type="checkbox"/> Washington Basic Health Plan Plus <input type="checkbox"/> Seguro médico privado/del empleador <input type="checkbox"/> Seguro dental privado/del empleador <input type="checkbox"/> Ningún seguro médico <input type="checkbox"/> Ningún seguro dental <input type="checkbox"/> Otro
25. El padre/la madre/cuidador tiene un proveedor primario de atención a la salud/atención médica en el hogar:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

ECEAP Formulario de inscripción de niños *(Continúa)*

Información sobre el hogar

26. Ingresos brutos de los 12 meses anteriores: \$ _____ e ingresos brutos mensuales actuales: \$ _____
 ¿Cuáles ingresos reflejan las circunstancias de los ingresos actuales de la familia? Ingresos brutos de los 12 meses anteriores Ingresos brutos mensuales actuales
Los ingresos del hogar incluyen a todas las personas que viven en el mismo hogar que son (a) mantenidas por los ingresos de el(los) padre(s) o guardián(es) del niño inscrito en ECEAP y (b) relacionadas a los padres o guardianes por sangre, matrimonio, adopción o tienen obligación legal de proporcionar manutención. (Código Administrativo de Washington [WAC] 365-170-030[9]). En los casos de personas sin hogar tal como se define en la Ley de Manutención para Personas sin Hogar de McKinney Vento (McKinney Vento Homeless Assistance Act) (ver la pregunta #14), las familias son elegibles para ECEAP automáticamente, sin embargo, aún deben proporcionar los ingresos del hogar (cuando/si se dispone). Los ingresos para los niños en hogar sustituto se asumen siempre como cero y una familia de una persona.
27. Número de personas en el hogar mantenidas por estos ingresos: _____
- a) Check if family is over income: Federal Poverty Level (FPL) _____ %
 b) If child is from over income family, check why child qualifies for ECEAP:
 Child is at risk due to environmental factors. Child is at risk due to developmental factors.
28. Fuente de ingresos (*marque todo lo que se aplique*):
- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sueldo/salario | <input type="checkbox"/> Manutención de niños | <input type="checkbox"/> Pensión, jubilación y/o seguridad social |
| <input type="checkbox"/> Seguro de ingreso suplementario (SSI) | <input type="checkbox"/> Beneficios de desempleo | <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia/manutención conyugal |
| <input type="checkbox"/> TANF | <input type="checkbox"/> Otra: _____ | |
29. La familia tiene acceso a los siguientes servicios sociales (*marque todo lo que se aplique*):
- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cupones para alimentos | <input type="checkbox"/> WIC (programa para mujeres, infantes y niños) | <input type="checkbox"/> Asistencia para energía | <input type="checkbox"/> Servicios para personas sin hogar |
| <input type="checkbox"/> Centros de distribución de alimentos | <input type="checkbox"/> Subsidios para vivienda | <input type="checkbox"/> Otros programas locales (<i>por favor especifique</i>): _____ | |

Información médica/dental/de salud del niño

30. El niño está inscrito en el siguiente seguro médico y/o en los siguientes programas de salud de los niños (*marque todo lo que se aplique*):
- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Medicaid | <input type="checkbox"/> Washington Basic Health Plan | <input type="checkbox"/> Seguro médico privado |
| <input type="checkbox"/> Children's Health Insurance Program (CHIP) | <input type="checkbox"/> Washington Basic Health Plan Plus | <input type="checkbox"/> No tiene seguro médico |
| | | <input type="checkbox"/> Otro |
31. El niño está inscrito en el siguiente seguro dental y/o en los siguientes programas de salud dental (*marque todo lo que se aplique*):
- | | | | |
|--|--|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Medicaid, Washington Basic Health Plan Plus o Children's Health Insurance Program (CHIP) <i>Estos programas de salud incluyen cobertura dental.</i> | <input type="checkbox"/> Seguro dental privado | <input type="checkbox"/> Ningún seguro dental | <input type="checkbox"/> Otro |
|--|--|---|-------------------------------|
32. El niño tiene un proveedor primario de atención a la salud/atención médica en el hogar: Sí No
33. Fecha del último examen médico (*anterior a la fecha del primer servicio*): ____/____/____
- If date of last medical exam was completed over one year ago or left blank, provide date medical exam completed while in ECEAP (*must be completed within 90 days of the first service date*): ____/____/____
34. Fecha del último examen dental (*anterior a la fecha del primer servicio*): ____/____/____
- If date of last dental exam was completed over six months ago or left blank, provide date dental exam completed while in ECEAP (*must be completed within 90 days of the first service date*): ____/____/____
35. El niño está completamente vacunado con las vacunas apropiadas para la edad (según el cronograma de vacunas del Departamento de Salud): Sí No
El Código Revisado de Washington (RCW) 28A.210.160 requiere un Certificado de la Situación de las Vacunas (Certificate of Immunization Status) en el registro de la escuela, el preescolar o en el establecimiento de cuidado de niños al que asiste (excepto en los casos de las personas sin hogar).
- a) If child is not fully immunized at time of enrollment, an immunization schedule is in progress: Yes No
 b) If child is not immunized, a DOH required Statement of Exemption to Immunization Law is signed and on file: Yes No
 c) Date child became fully immunized while in ECEAP: ____/____/____

Certifico que lo anterior es verdadero y correcto. ECEAP está financiado con los fondos del estado; por consiguiente, parte o toda la información proporcionada debe informarse a otras entidades del estado. Además, la información puede ser proporcionada a empresas de investigación no gubernamentales bajo contrato con el Departamento de Desarrollo Comunitario, Comercial y Económico. La información se mantendrá confidencial en la medida que lo exige o autoriza la ley estatal y federal.
Debe haber una firma en todas y cada una de las tres líneas.

36. _____ Fecha _____
Firma del padre (madre) o guardián
37. _____ Fecha _____
Firma del entrevistador
38. _____ Fecha _____
Firma de la persona que verificó los ingresos/estableció la elegibilidad

Enrollment Information:

39. Enrollment date: ____/____/____ (*Date when enrollment process is confirmed and slot is reserved.*)
40. Did child receive ECEAP services in the previous year: Yes No
41. Has child received ECEAP services from another contractor this program year: Yes No If yes, what city? _____
42. Child will be transported by ECEAP: One way Both ways Not transported by ECEAP
43. Site code: _____ First service date: ____/____/____ Exit date: ____/____/____

Transfers/Returns: (*To be used when child transfers from another ECEAP site, or exits the program and returns during the same program year.*)

44. Transfer/ Return Site code: _____ Service date: ____/____/____ Exit date: ____/____/____
45. Transfer/ Return Site code: _____ Service date: ____/____/____ Exit date: ____/____/____

Comments to CSU:

- Form type:** New enrollment Update medical-dental Update transfer or return Notify that child exited